

# EL MÉTODO CUSP\*: CAMBIO DE CULTURAS A NIVEL DE UNIDADES

## Módulo 1: Comprender la Ciencia de la Seguridad

**Dr. Fabián Vítolo**  
NOBLE Compañía de Seguros

El modelo CUSP está basado en los ocho pasos del popular modelo de cambio propuesto por John Kotter en su best-seller internacional "LeadingChange" (1996), considerado por muchos como el trabajo seminal en el campo de la gestión del cambio:

- Paso 1: Crear un sentido de urgencia,
- Paso 2: Crear un equipo guía
- Paso 3: Desarrollar una visión compartida
- Paso 4: Comunicar esa visión.
- Paso 5: Empoderar a otros para que actúen,
- Paso 6: Generar victorias a corto plazo,
- Paso 7: Consolidar las victorias y producir más cambios
- Paso 8: Anclar los nuevos enfoques en la cultura de la organización

El acrónimo CUSP significa "ComprehensiveUnit-based Safety Program", que podemos traducir como "Programa Integral de Seguridad del Paciente a nivel de Unidades o Servicios". El modelo fue desarrollado originalmente con fondos de la Agencia para la Investigación Sanitaria y la Calidad de los Estados Unidos (AHRQ), una de las organizaciones más innovadoras en seguridad del paciente a nivel global. Se trata de un programa constituido por módulos. Cada módulo del CUSP se encuentra alineado con los pasos del modelo descrito por Kotter.

---

\*Traducción libre y adaptación de "The CUSP Method (ComprehensiveUnit-based Safety Program)" desarrollado por AHRQ (Agency forHealthcareResearch and Quality). USA. Se describe un método que puede ayudar a los equipos asistenciales a brindar una atención más segura mediante la combinación de un mejor trabajo en equipo, de mejores prácticas clínicas y de la ciencia de la seguridad. El programa consta de una serie de herramientas web (presentaciones powerpoint, videos, plantillas) que brindan a los equipos asistenciales los recursos de capacitación y las herramientas que necesitan para aplicar este método CUSP y mejorar su capacidad de abordar problemas de seguridad de los pacientes. Consta de cinco módulos principales que iremos describiendo en sucesivas entregas mensuales. Todo el material (en inglés) se encuentra disponible en:

<https://www.ahrq.gov/professionals/education/curriculum-tools/cusptoolkit/index.html>

Traducción y adaptación: Dr. Fabián Vítolo. NOBLE Compañía de Seguros

El primer módulo, *"Comprender la Ciencia de la Seguridad"*, está pensado para construir en las unidades el sentido de urgencia esencial para inspirar el cambio en todos sus trabajadores. Los módulos *"Ensamblar el equipo"* e *"Involucrar a un Ejecutivo Senior"* brindan plantillas y recursos para establecer la coalición de personas que brindará apoyo y guiará a las personas del servicio hacia el cambio. Se puede a su vez comunicar la visión (paso 4 de Kotter), utilizando las herramientas descritas en los módulos *"Comprender la ciencia de la seguridad"* e *"Identificar defectos mediante la toma de conciencia."*

El resto de los módulos del CUSP sigue coincidiendo con los pasos de Kotter. ¿Cómo empoderar a otros para que actúen? Se pueden utilizar las herramientas de los módulos: *"Ensamblar el equipo"*, *"Identificar defectos mediante la toma de conciencia"*, *"Implementar el trabajo en equipo y la comunicación"* y *"Comprender la ciencia de la seguridad"*

**En la Tabla 1. Se resume la relación entre los 8 pasos de Kotter y los módulos del CUSP.**

8 PASOS KOTTER	5 MÓDULOS DEL CUSP
<b>Paso 1: Crear un sentido de urgencia</b>	Comprender la ciencia de la seguridad
<b>Paso 2: Crear un equipo guía</b>	Ensamblar el equipo Involucrar a un ejecutivo senior
<b>Paso 3: Desarrollar una visión compartida</b>	Identificar defectos mediante la toma de conciencia
<b>Paso 4. Comunicar la visión</b>	Comprender la ciencia de la seguridad Identificar defectos mediante la toma de conciencia
<b>Paso 5: Empoderar a otros para que actúen</b>	Ensamblar el equipo Identificar defectos mediante la toma de conciencia Implementar el trabajo en equipo y comunicación
<b>Paso 6: Generar victorias a corto plazo</b>	Implementar el trabajo en equipo y comunicación
<b>Paso 7: Consolidar las victorias y producir más cambios</b>	Identificar defectos mediante la toma de conciencia
<b>Paso 8: Anclar los nuevos enfoques en la cultura de la organización</b>	Comprender la ciencia de la seguridad Implementar el trabajo en equipo y comunicación

El método CUSP también se alinea y apalanca en una amplia gama de herramientas del campo de la calidad y seguridad. Cuando se empieza a trabajar en estos temas, la avalancha de las distintas técnicas de trabajo en equipo, comunicación, gestión de riesgos y mejora continua suelen abrumar al personal. Por eso, los líderes del equipo deben tratar de unificar y racionalizar dichas iniciativas utilizando el lenguaje más simple de la gestión del cambio, tal como lo hace Kotter. A través del modelo descrito por este autor, el CUSP adopta muchos de los conceptos de los principales modelos de

cambio de cultura y mejora de la calidad del campo, tales como TeamSTEPPS®, Six Sigma, PDSA (Plan-Do.Study-Act), Análisis de Causa Raíz (ACR) y Análisis de Modos de Falla y Efectos (AMFE)

El método CUSP es totalmente compatible con el programa TeamSTEPPS®, consistente en un plan de entrenamiento en trabajo en equipo para mejorar la seguridad de los pacientes. TeamSTEPSS®, desarrollado por la Agencia para la Investigación Sanitaria y la Calidad de los Estados Unidos (AHRQ) consta también de 8 pasos:

- Paso 1: Crear un equipo para liderar el cambio
- Paso 2: Definir el problema
- Paso 3: Definir los objetivos
- Paso 4: Diseñar una intervención
- Paso 5: Diseñar un plan para probar la efectividad de la intervención
- Paso 6: Desarrollar un plan de implementación
- Paso 7: Desarrollar un plan para la sustentabilidad de la mejora
- Paso 8: Desarrollar un plan de comunicación

Como se ve en la Tabla 2. los módulos del CUSP están también alineados con estas tácticas y herramientas:

8 PASOS TeamSTEPPS®	5 MÓDULOS DEL CUSP
Paso 1: Crear un equipo para liderar el cambio	Ensamblar el equipo Involucrar a un ejecutivo senior
Paso 2: Definir el problema	Identificar defectos mediante la toma de conciencia Comprender la ciencia de la seguridad
Paso 3: Definir los objetivos	Identificar defectos mediante la toma de conciencia
Paso 4: Diseñar una intervención	Identificar defectos mediante la toma de conciencia Comprender la ciencia de la seguridad
Paso 5: Diseñar un plan para probar la efectividad de la intervención	Identificar defectos mediante la toma de conciencia
Paso 6: Desarrollar un plan de implementación	Involucrar a un ejecutivo senior Identificar defectos mediante la toma de conciencia Comprender la ciencia de la seguridad
Paso 7: Desarrollar un plan para la sustentabilidad	Comprender la ciencia de la seguridad
Paso 8: Desarrollar un plan de comunicación	Ensamblar el equipo Involucrar a un ejecutivo senior Identificar defectos por toman de conciencia

Para bajar al mundo real algo que parece tan abstracto, CUSP propone formular al personal de la unidad algunas preguntas claves como:

¿Le gustaría que un ser querido fuera tratado aquí? ¿Le gustaría ser un paciente aquí?  
 ¿Nuestro hospital hace todo lo que puede para proteger a los pacientes? ¿Se sienten cómodos hablando de la seguridad de los pacientes en su unidad? ¿Por qué sí o por qué no? ¿Cuándo ocurre un problema de seguridad, ¿cómo lo resuelve la unidad?

¿Existe un proceso formal para hacer un seguimiento de las mejoras relacionadas con la seguridad? ¿Es efectivo?

Para tener éxito en los esfuerzos por mejorar la cultura de seguridad, es indispensable contar con el apoyo de las máximas autoridades de la organización. Sin embargo, el cambio real y duradero se construye unidad por unidad, servicio por servicio. La mejora de la cultura de los hospitales y centros debe partir del entendimiento de que toda cultura es local y que el trabajo para reformar esta cultura debe ser asumido a nivel de la unidad. El marco propuesto por CUSP logra esto enfatizando el hecho de que el riesgo de daño a los pacientes no es negociable. Además, CUSP es único en el sentido de que puede ser aplicado por cualquier persona, en cualquier unidad y en cualquier momento. El modelo CUSP brinda apoyo para que todas las personas de la unidad colaboren entre sí. Los primeros desarrollos y aplicaciones de la CUSP fueron esfuerzos colaborativos.

Peter Pronovost, médico anesthesiólogo y terapeuta intensivo del Johns Hopkins es mundialmente reconocido como el "padre" de los bundles o paquetes de medidas para prevenir bacteriemias asociadas al catéter y neumonías asociadas al respirador. Sin embargo, el gran aporte de Pronovost no fueron estas soluciones técnicas sino el modelo de mejora social que llevó a su creación. Y ese modelo social fue el CUSP: Ya sabemos que Pronovost quedó muy conmovido por la muerte de Josie King, una niña de 18 meses de edad que murió en Hopkins a causa de deshidratación y un uso indebido de narcóticos estando internada en el prestigioso hospital. Eso inspiró a Pronovost y a su equipo a diseñar y difundir prácticas que redujeran o incluso eliminaran la posibilidad de que los pacientes sufran daños durante su internación. Estos pioneros reconocieron desde el principio que la comunicación y la cultura eran claves para crear sistemas más seguros y libres de errores. Trataron entonces de observar qué era lo que hacían otras industrias altamente confiables, como la aviación civil y la ingeniería nuclear. Notaron que las personas que trabajaban en estas actividades utilizaban continuamente listados de verificación (checklists) y herramientas de comunicación estructurada que resultaban muy efectivas para minimizar errores y fallas en el funcionamiento del equipo, reduciendo la probabilidad de daño. Bajo esta premisa desarrollaron el primer bundle para prevenir infecciones asociadas a catéter que permitió reducir la tasa de 11 por mil días pacientes a 0 en menos de un año.

Luego de este éxito inicial, el modelo CUSP fue puesto a prueba en un proyecto de reducción de infecciones del Centro Keystone para la Seguridad del Paciente, que depende de la Asociación de Salud y Hospitales del Estado de Michigan. El proyecto, financiado por AHRQ buscaba reducir las tasas de bacteriemias asociadas a catéter (CLABSI) en determinadas unidades de terapia intensiva del Estado. El proyecto fue extremadamente exitoso, y aún hoy estas unidades se mantienen con una tasa de 0. En 2008, AHRQ financió proyectos nacionales para aplicar el modelo CUSP con el objetivo de reducir este tipo de infecciones en todo el país. En 2009, más de 350 hospitales en 22 estados redujeron las tasas de CLABSI en un promedio del 35%. Todas estas unidades implementaron el CUSP, y muchas de ellas continúan hoy con tasas de cero o muy cercanas a este ideal.

El kit de herramientas del CUSP no está diseñado para reemplazar otros modelos de mejora de la calidad y seguridad, sino para apoyarlos, combinarlos y trabajar en conjunto con ellos. Aunque estos modelos varían en sus áreas de interés (comunicación

unos, trabajo en equipo otros, mejoras, etc) todos ellos se alinean cuando se ven a través de la lente de un marco de cambio organizacional como el modelo de Kotter.

Los módulos del CUSP son los siguientes:

- Aprender sobre el CUSP (es lo que estamos haciendo en estas páginas iniciales)
- Comprender la ciencia de la seguridad
- Ensamblar el equipo
- Comprometer a un alto ejecutivo
- Identificar defectos mediante la toma de conciencia
- Implementar el trabajo en equipo y la comunicación
- Aplicar el CUSP

Luego de una primera revisión, no hay una secuencia específica en la que los materiales de este kit de herramientas deban ser utilizados (no son "pasos").

Por ejemplo: Dentro de un año, un equipo podría encontrar que el interés de su Alto Ejecutivo está disminuyendo. Sus miembros podrán entonces utilizar los recursos del módulo "Involucrar al Ejecutivo Senior" para refrescar sus memorias sobre procesos o enfoques, y luego aplicarlos para recuperar el compromiso del campeón ejecutivo con el proceso continuo de mejora de la seguridad.

Las unidades y servicios que han aplicado anteriormente el método CUSP, o quienes están planificando su implementación en una nueva unidad, pueden comprender ya la importancia del CUSP y contar con el pleno apoyo del liderazgo de su organización. Como resultado, el módulo sobre el montaje de equipos puede ser inicialmente el más útil para ellos. En otras situaciones, para educar a aquellos que no están familiarizados con CUSP y por qué es importante, el módulo "Comprender la Ciencia de la Seguridad" puede ser más constructivo.

Dado que distintos usuarios pueden necesitar diferentes recursos, los módulos y sus variadas herramientas pueden ser utilizados de manera independiente y presentarse en las circunstancias que sean más apropiadas a las necesidades del usuario. Es recomendable que todos los que deseen formarse en este método revisen los materiales introductorios y echen un vistazo a todo el conjunto de herramientas antes de finalizar las decisiones sobre la mejor manera de utilizar la información.

El material y las herramientas contenidas en los distintos módulos del CUSP provienen de varias fuentes generales, entre ellas:

- Recursos y contenido desarrollados para apoyar la iniciativa Keystone para la reducción de infecciones asociadas a catéteres centrales (CLABSI) en Michigan y el subsiguiente proyecto nacional financiado por la AHRQ;

- Materiales de la AHRQ que abordan el trabajo en equipo y la cultura, utilizando datos de mejora de la calidad que alinean, complementan y mejoran los recursos elaborados para el proyecto nacional financiado por AHRQ.
- Recursos originales del Peter Pronovost y el Hospital Johns Hopkins, tales como ejercicios, ilustraciones y videos breves, para ayudar a las organizaciones que no participaron en el proyecto nacional, para asegurar la alineación con otras iniciativas que están actualmente en marcha en sus organizaciones, y para proporcionar el conjunto más completo de recursos de seguridad a los usuarios.

Cualquier persona de la organización, independientemente de su disciplina y rango pueden emplear el conjunto de herramientas del CUSP y esperar resultados mensurables. Entre estas personas se incluyen altos ejecutivos, responsables seguridad del paciente, supervisoras y jefas de enfermería, personal de primera línea y líderes médicos (“campeones”)

### **Ejecutivos de alto nivel:**

El conjunto de herramientas puede ayudar a los líderes de alto nivel a priorizar los esfuerzos de mejora y a administrar los recursos para las intervenciones destinadas a corregir los defectos. Después de que un equipo haya identificado las deficiencias relacionadas con la seguridad en su unidad y haya determinado sus causas fundamentales, los recursos para abordarlos a menudo necesitan la aprobación del personal directivo superior. Los altos ejecutivos pueden trabajar en toda la organización para ayudar a eliminar las barreras departamentales a la seguridad. Una mayor familiaridad con el modelo CUSP puede ofrecer a los líderes de alto nivel el contexto necesario para tomar decisiones informadas sobre las demandas de recursos que compiten entre sí.

### **Responsables de la seguridad de los pacientes:**

Los responsables de la seguridad del paciente de la organización (ya formados en los principios de esta disciplina) pueden utilizar el conjunto de herramientas del CUSP cuando trabajan con altos ejecutivos y jefes de unidades, buscando mantener una infraestructura continua para las actividades de mejora y ayudando a difundir el trabajo de mejora de las unidades en toda la organización.

### **Supervisoras de enfermería:**

Las enfermeras supervisoras tienen la capacidad de comunicarse con los líderes, reasignar recursos, servir en equipos y ser modelos para el cambio. Estas profesionales pueden utilizar las variadas herramientas del CUSP para educar a sus equipos sobre la ciencia de la seguridad, además de brindar oportunidades para que el personal aprenda y practique utilizando herramientas de trabajo en equipo y de comunicación. Los vídeos del módulo “Comprender la ciencia de la seguridad” articulan la importancia de ver los defectos en la atención, no sólo en términos de acciones o actitudes de los prestadores individuales, sino también en términos de sistemas de atención.

## Personal de primera línea:

En todas las unidades y servicios se realizan básicamente dos tipos de actividades: las de prestación de servicio y las de mejora de la atención del paciente. Estas las mejoras sólo pueden sostenerse en el tiempo cuando es el personal de la primera línea la que se hace cargo del proceso de mejora. Las mismas pueden utilizar los distintos módulos para educar a colegas de su servicio y para interactuar con médicos, pacientes y personal de otras disciplinas y departamentos.

## Líderes médicos (campeones)

Estos "campeones" suelen ser médicos muy respetados que asumen un papel de liderazgo en apoyo al trabajo en equipo y a las mejoras en la comunicación. Las herramientas del CUSP pueden ayudarlos a compartir con sus colegas los beneficios inmediatos y a largo plazo del trabajo en equipo. Estas herramientas también pueden ser utilizadas por líderes de otras disciplinas y departamentos, tales como farmacia, laboratorio, sistemas, admisión y calidad.

Hay muchas maneras de utilizar las herramientas de CUSP. Los usuarios pueden:

- Compartir videos con los equipos para fomentar el compromiso y el aprendizaje
- Proporcionar plantillas y guías de discusión a los jefes de proyecto
- Educar a los equipos sobre la ciencia de la seguridad
- Utilizar videos y módulos de capacitación para orientar al nuevo personal clínico
- Capacitar a los equipos para que utilicen el trabajo en equipo y las herramientas de comunicación
- Comprometer a los ejecutivos de alto nivel y a los médicos "campeones"

Cada módulo del CUSP incluye videos breves, que pueden ser mecanismos poderosos para generar el compromiso del personal de primera línea de la unidad. Además, las plantillas de comunicación y la información básica sobre la ciencia de la seguridad pueden capacitar a los equipos para que puedan examinar los defectos en la atención con una visión sistémica y para abordar las causas raíces de los defectos con mayor eficacia.

## Comprender la ciencia de la seguridad

Este módulo discute la importancia de entender el diseño del sistema, los principios de un diseño seguro y el valor que tienen las distintas perspectivas y aportes de los miembros del equipo. Al abordar la seguridad de los pacientes como una ciencia, los médicos, enfermeros y resto del personal brindarán en sus unidades una mejor calidad de atención, más segura y centrada en el paciente.

El módulo describe el contexto histórico y contemporáneo de la ciencia de la seguridad; explica cómo el diseño de un sistema afecta sus resultados; enumera los principios del diseño seguro, mostrando cómo se aplican al trabajo técnico y de equipo. El concepto que busca destacar es que los equipos toman decisiones más sabias cuando la información es diversa e independiente.

Comienza poniendo la seguridad del paciente en contexto. Los avances en la medicina han conducido a resultados positivos: hoy, por ejemplo, la mayoría de los cánceres infantiles son curables, el SIDA se considera una enfermedad crónica y la esperanza de vida ha aumentado en 10 años desde la década del '50. Estos increíbles avances han mejorado la calidad de vida de los pacientes y sus familias. Sin embargo, a pesar de estos logros, los sistemas de atención de la salud todavía están plagados de defectos que limitan la calidad de la atención que se brinda. Sólo en los Estados Unidos:

- 7 por ciento de los pacientes sufren al menos un error de medicación.
- En promedio, todos los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos sufren al menos un evento adverso.
- 44.000 a 99.000 personas mueren cada año por errores médicos en los hospitales.
- Más de medio millón de pacientes desarrollan infecciones del tracto urinario asociadas al uso de catéteres, lo que resulta en 13.000 muertes al año.
- Casi 100.000 pacientes mueren cada año a causa de infecciones relacionadas con la atención de la salud, y el costo de estas infecciones es de 28.000 a 33.000 millones de dólares al año.
- Se estima que cada año se producen entre 30.000 y 62.000 muertes por infecciones del torrente sanguíneo asociadas con la vía central.

La pregunta que inmediatamente surge a cualquier neófito en la materia es: ¿Cómo puede ser que a esta altura del siglo XXI ocurra esto? En primer lugar, los errores durante la atención médica ocurren porque las personas son falibles. Todos (prestadores, jefes de servicio, ejecutivos) necesitan entender por qué se producen errores, y el primer paso es aceptar el hecho de que las personas no son perfectas. Incluso el médico o enfermero con más conocimientos y experiencia se ven influenciados por el entorno en el cual trabajan y pueden ser responsables de errores que terminan causando daño al paciente y a su familia. Sólo comprendiendo y reconociendo esta falibilidad, se pueden rediseñar los procesos de atención para mejorar la calidad y la seguridad.

En segundo lugar, los errores se producen porque la medicina sigue siendo tratada más como un arte que como una ciencia. Debe reconocerse la naturaleza científica de la medicina cuando se analiza el mecanismo de producción de errores. Al tratar la prestación de cuidados como una ciencia en lugar de un arte, los médicos, enfermeros y resto del equipo de salud pueden examinar sus procesos utilizando prácticas de seguridad basadas en la evidencia. Como resultado, los prestadores podrán aumentar su capacidad de aprender de los errores con el objetivo de desarrollar e implementar procedimientos para evitar la recurrencia de errores graves.

En tercer lugar, los errores también se dan porque a menudo los sistemas no los detectan antes de que lleguen al paciente. La estandarización de ciertos procedimientos, como la utilización de listados de verificación, dobles controles en proceso clave, etc., ayudan a que los prestadores intercepten los errores antes de que puedan producir un daño.

De acuerdo a la ciencia de la seguridad:

- Cada sistema está perfectamente diseñado para lograr los resultados que obtiene. Una vez que todos los miembros del equipo, incluyendo gerentes y ejecutivos, entiendan que el resultado específico del sistema depende de cómo está diseñado, estarán mejor preparados para unirse a las actividades de mejora del sistema y reducir así daños a los pacientes. El conocimiento del diseño del sistema y de cómo éste determina los resultados finales ayudará a los prestadores a adaptar sus rutinas y procedimientos para satisfacer las necesidades de la unidad.
- Deben aplicarse, tanto al trabajo técnico como al trabajo en equipo los principios del diseño seguro. Estos principios son tres: 1) estandarizar cuando sea posible; 2) crear verificaciones independientes y 3) aprender de los defectos. Los principios del diseño seguro se discutirán con más detalle al avanzar en este módulo.
- Por último, los equipos toman decisiones inteligentes cuando todos sus miembros, según su función y experiencia, aportan información diversa e independiente; esto refuerza la relación existente entre la seguridad del paciente y el diseño del sistema.

Como vemos en la Figura 1, en un momento dado, existen varios factores sistémicos que influyen de manera simultánea sobre la cultura de trabajo de la unidad y la seguridad del paciente.

Figura 1. Factores sistémicos que influyen sobre la seguridad



### Características del paciente:

Algunas características del paciente, como su historia clínica, su precisión, su idioma o su capacidad para participar en la toma de decisiones y desarrollo del plan de atención, pueden influir sobre su seguridad.

### Factores de la tarea a realizar:

Además de las características del paciente, algunos factores relativos a la tarea que se debe realizar pueden influir sobre la calidad de atención y seguridad que se brinda en la unidad. La complejidad que presenta el paciente al momento de ser atendido influye tanto en la capacidad de los prestadores para satisfacer sus necesidades como en la capacidad de gestionar el trabajo. El tratamiento complejo de heridas, por ejemplo, no sólo requiere de conocimientos y habilidades específicas del personal, sino también de tiempo, que puede restarse a otros pacientes, comprometiendo la seguridad y efectividad de la atención que se brinda en la unidad.

## **Factores del prestador individual:**

Los médicos, enfermeros, y resto del personal deben comprender cómo impactan sus conocimientos, habilidades y actitudes sobre la calidad de atención que reciben los pacientes. Todos deben sentirse cómodos para hablar si no están de acuerdo con los protocolos y las tareas que se les asignan, o cuando perciben riesgos para la seguridad del paciente. La evidencia sugiere una relación directa entre algunos resultados de los pacientes y la libertad/voluntad que tiene el personal para opinar.

## **Factores de equipo:**

Los factores atinentes al equipo involucran más como trabajo en equipo, comunicación, supervisión y entrenamiento

## **Ambiente de trabajo:**

Los ambientes de trabajos ruidosos, sucios, mal iluminados o que distraen pueden causar estragos en la calidad de atención que reciben los pacientes; son temas a ser abordados cuando se busca diagnosticar las influencias del sistema sobre la atención de los pacientes.

## **Factores propios del departamento, unidad o servicio:**

Cuando la falta de personal, los protocolos y políticas de admisión son insuficientes para satisfacer las necesidades de los pacientes y de los prestadores, se afecta la calidad de la atención. La escasez de personal y de cobertura hace que los pacientes sufran porque no reciben la atención que necesitan para recuperarse. Además, estos problemas aumentan la probabilidad de errores en el manejo de la medicación y durante los procedimientos.

## **Factores hospitalarios y organizacionales:**

La infraestructura física del lugar y las limitaciones presupuestarias pueden afectar el plan de atención del paciente. Aunque estos problemas son los que más alejados están del paciente en el diagrama, sin duda impactan sobre el cuidado del paciente mientras permanece en la unidad.

Son muchos los ejemplos que demuestran que el diseño del sistema impacta sobre el desempeño de las unidades y servicios: está demostrado que las recorridas multidisciplinarias en terapia intensiva reducen la mortalidad en toda la unidad; cuando una enfermera de UTI es responsable de más de dos pacientes, existe un mayor riesgo de complicaciones respiratorias; cuando se dispone de farmacéuticos clínicos en la unidad o que participan de las recorridas, se reducen los errores de prescripción de medicamentos.

Una unidad de obstetricia, luego de crear un equipo CUSP, observó que los problemas de jerarquías muy rígidas estaban afectando la capacidad de las enfermeras, obstétricas y médicos para trabajar juntos de manera eficaz. Las enfermeras pudieron

aliviar estos problemas jerárquicos al involucrar a la administración del hospital en su iniciativa. Con el apoyo del personal ejecutivo, las enfermeras fueron capacitadas y empoderadas para hacer cumplir las directrices de parto e inducción establecidas por el establecimiento. Este cambio en el gradiente de autoridad llevó a una disminución significativa en el número de complicaciones de partos reportadas.

Los tres principios del diseño seguro (estandarizar, crear verificaciones independientes y aprender de los defectos) definen los medios para que los equipos CUSP analicen el entorno de atención y los procesos que deben establecerse para brindar seguridad. Estos tres principios aplican tanto al trabajo técnico como al trabajo en equipo

### **Estandarizar cuando sea posible:**

Al estandarizar los procedimientos, las unidades pueden aliviar duplicaciones de recurso y mano de obra. Esto a su vez ahorrará a los equipos tiempo y energía que son valiosos cuando se trabaja en proyectos de mejora de la calidad. Entre los ejemplos de esto se incluyen el uso de listas de verificación y la provisión de capacitación estandarizada del personal.

La estandarización de las soluciones técnicas permite eliminar pasos innecesarios o repetitivos y simplificar los procesos para cumplir con la evidencia o los protocolos establecidos. Una unidad de obstetricia, por ejemplo, recibió una capacitación estandarizada para prevenir hemorragias en el puerperio inmediato, e implementó un listado de verificación pre-parto para estar preparados por si se debía realizar una cirugía de emergencia. Ambas herramientas proporcionaban soluciones sencillas a problemas que afectaban la calidad de la atención de las pacientes dentro de su unidad.

### **Crear verificaciones independientes:**

Los controles independientes ayudan a garantizar que el paciente reciba la mejor calidad de atención posible. Dentro de estos controles se incluyen, por ejemplo, las listas de verificación (checklists) y protocolos que ayudan a los equipos de la unidad a estandarizar la atención y los procedimientos. Dentro de los ejemplos de verificaciones creados por equipos CUSP en hospitales grandes se incluyen las órdenes de suspensión de los medicamentos y la instalación de un protocolo de parto prematuro. Con estas herramientas, los médicos, enfermeros y resto del personal pueden concentrarse en la atención de los pacientes, en la confianza de que cualquier incumplimiento (accidental o no) de las normas y procedimientos será detectado por los chequeos o alertas establecidos.

La creación de controles independientes puede ir desde el aumento de regulaciones hasta la racionalización del flujo de trabajo dentro de las unidades. Estos chequeos independientes pueden prevenir procedimientos innecesarios y errores de medicación que resultan en daños a los pacientes. Como ejemplo que ilustra este principio, la página web del CUSP (AHRQ) aporta un video proveniente de una unidad de obstetricia que implementó el método para disminuir el número de partos prematuros electivos en su unidad, ya que habían notado como defecto que muchas inducciones se realizaban antes de la semana 39 de embarazo. Si bien algunos de estos partos electivos estaban justificados medicamente, muchos no tenían indicación. Esto dio como resultado que un bebé naciera prematuramente y tuviera que ser separado de su madre para ser

tratado en neonatología. Reconociendo una oportunidad de mejora, las enfermeras de esta unidad crearon la "regla de las 39 semanas" por la cual todas las inducciones del trabajo de parto debían tener lugar durante o después de la semana 39 (si la madre estaba sana). Las enfermeras emplearon gráficos y un proceso de registro de inducción, que alentó a los obstetras de la unidad a programar sus inducciones, al tiempo que les proporcionó la autoridad de detener los procedimientos que no cumplían con los criterios. Esta verificación independiente ayudó a disminuir el número de bebés que requerían atención adicional por haber nacido antes de la semana 39 del embarazo.

## **Aprender de los defectos:**

Este principio exige que los equipos de las unidades evalúen sus procesos, aprendan de los defectos y, cuando sea posible, compartan lo que aprendieron con otros entornos de atención similares. Cuando los equipos CUSP buscan aprender de los defectos deben formularse básicamente cuatro preguntas: ¿Qué es lo que sucedió?, ¿Por qué sucedió?, ¿Qué vamos a hacer para reducir la recurrencia? ¿Cómo sabremos que las medidas a implementar funcionan?

Para determinar cuál fue el defecto que ocurrió, los equipos CUSP deben reconstruir la línea de tiempo analizando el incidente desde la perspectiva del personal involucrado en ese momento y lugar. El análisis de lo que sucedió y de por qué sucedió ayuda a que el equipo comprenda los factores y procesos que contribuyeron al error. Mediante la propuesta, priorización e implementación de soluciones, los equipos de la unidad buscan minimizar las posibilidades de que el defecto vuelva a ocurrir. Por último, la evaluación de la eficacia a nivel de toda la unidad permite al equipo CUSP asegurar que las soluciones sean eficaces y sostenidas en el tiempo, que se revisen, descarten o ajusten soluciones que aparecen como ineficaces y que todo el personal de primera línea sea consciente de que su aporte es fundamental para la mejora continua de la calidad.

La evaluación de la eficacia de las intervenciones a nivel de toda la unidad permite al equipo garantizar que las soluciones que funcionaron sean sostenidas en el tiempo, que se revisen las soluciones ineficaces y que los miembros del personal de primera línea sean conscientes de que su aporte es fundamental para la mejora continua de la calidad. Esto se refleja muy bien en los ejercicios del módulo CUSP "Identificar defectos mediante la toma de conciencia"

Los equipos toman decisiones más sabias cuando se nutren de las opiniones diversas e independientes de todas y cada una de las personas que trabajan en la unidad, de los pacientes y de sus familiares.

Nunca debe olvidarse que el cuidado de la salud es un esfuerzo colectivo, y que se trabaja mejor cuando todos los miembros del equipo están preparados, dispuestos, capacitados y comprometidos con una atención de la más alta calidad. Los miembros del equipo CUSP deben esforzarse por crear un ambiente en el que los médicos, enfermeros, y resto del personal sientan que pueden hablar y que sus inquietudes son atendidas. El origen, la experiencia y la capacitación del personal de las unidades de atención suele variar enormemente; la incorporación de esta diversidad en las iniciativas CUSP resulta ser un medio eficaz para mejorar la calidad de la atención. Se puede obtener más información acerca de cómo involucrar y comprometer a los

miembros de la unidad para que participen de la iniciativa revisando las herramientas descritas en el módulo CUSP "Ensamblar el equipo".

Los miembros del equipo necesitan alternar entre dos formas de pensamiento: el convergente y el divergente:

### **Pensamiento convergente**

Mediante una forma de pensamiento convergente, se le pide al equipo que opinen sobre todos los problemas potenciales que se discutieron y que colaboren para elaborar un plan de tratamiento, un plan de cuidados para el día, o un plan para eliminar un defecto identificado.

### **Pensamiento divergente**

El pensamiento divergente tiende a ocurrir durante las recorridas de sala, pero no se limita a esta actividad. Incluye un "brainstorming" (tormenta de ideas) y la necesidad de reflexionar sobre ciertas preguntas tales como:

¿Cuál es el estado actual del paciente?

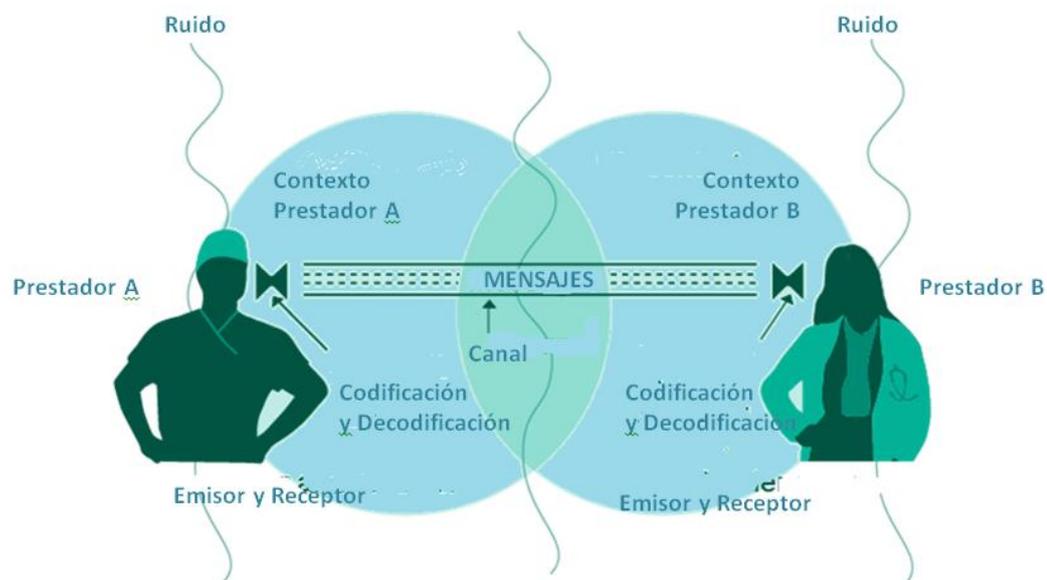
¿Si aparecieran complicaciones, ¿qué puede estar pasando?

¿Hay algo que no estamos viendo?

¿Cuál será el resultado de las decisiones que tomemos con respecto a estos temas?

La comunicación, tanto verbal como no verbal, suele ser compleja y está siempre sujeta a distorsiones y malas interpretaciones. En la comunicación verbal, las ideas se codifican primero, o se crean, cuando el emisor transmite un mensaje con un significado al receptor. El receptor entonces decodifica, o entiende, el mensaje recibido. Sin embargo, dicha comprensión se ve afectada por el contexto que rodea al mensaje, por el ruido, por otras distracciones y por la situación particular de los participantes involucrados en la conversación.

Estos componentes aparentemente insignificantes forman parte del sistema de comunicación general en el cual los prestadores comparten información, ideas y necesidades dentro de la unidad y del sistema de salud. Cada elemento de este proceso de comunicación está interconectado, por lo cual una distracción o mal funcionamiento en la codificación o en cualquier otro componente del modelo afecta enormemente la decodificación y la comprensión.

**Figura 2. Componentes básicos del proceso de comunicación**

La situación y el entorno físico de los comunicadores influyen en la distribución y recepción de los mensajes. Estar al tanto de estos factores ayudará al equipo CUSP a desarrollar entornos que faciliten la comunicación y la retroalimentación entre los miembros del equipo. El desarrollo de ambientes de apoyo mutuo en los cuales los trabajadores de la unidad puedan discutir ideas, planes y programas, contribuirá en gran medida al éxito de la iniciativa CUSP en la unidad. Tanto el trabajo en equipo como las herramientas de comunicación efectiva se discuten con mayor detalle en el módulo "Implementar el trabajo en equipo y la comunicación "del CUSP

La aplicación de los principios de diseño seguro a las iniciativas de mejora de la calidad aumenta notablemente las probabilidades de éxito. El CUSP se utilizó con éxito en el proyecto de reducción de bacteriemias asociadas a catéteres centrales del Michigan Keystone Center for Patient Safety and Quality. Algunos de los logros del proyecto fueron los siguientes:

- Las terapias intensivas de todo el estado de Michigan virtualmente eliminaron las bacteriemias asociadas a catéteres centrales
- La tasa media de bacteriemias asociadas a catéter de redujo a 0
- Los equipos de las UTIs pudieron mantener esta tasa de 0 durante casi 4 años después del inicio de la intervención
- La tasa de incidencia de estas bacteriemias disminuyó con el tiempo.

### COMPRENDER LA CIENCIA DE LA SEGURIDAD RESUMEN DEL MÓDULO- PRINCIPIOS BÁSICOS

- Cada sistema está diseñado para lograr los resultados que obtiene
- Los principios del diseño seguro son: estandarizar cuando sea posible, crear verificaciones independientes y aprender de los defectos
- Los principios del diseño seguro se aplican tanto al trabajo técnico como al trabajo de equipo
- Los equipos toman decisiones más sabias cuando hay diversos aportes.

## HERRAMIENTAS DEL MÓDULO “COMPRENDER LA CIENCIA DE LA SEGURIDAD”

Además de la información presentada en este módulo, las herramientas de CUSP están disponibles en línea en el sitio web de la AHRQ en [www.ahrq.gov/cusptoolkit](http://www.ahrq.gov/cusptoolkit)

Entre las herramientas de trabajo en equipo que pueden al equipo de la unidad a entender la ciencia de la seguridad se incluyen:

### Hoja de objetivos diarios (“Daily Goals Checklist”)

La hoja de objetivos diarios consiste en un listado de verificación de los objetivos de cuidados del paciente del día. Busca que el personal del establecimiento se concentre en lo que debe lograrse ese día en particular para que el paciente se acerque con seguridad al alta. El propósito de esta herramienta es mejorar la comunicación entre el equipo de la unidad, los pacientes y los miembros de la familia. (Ver anexo 1)

### Reunión informativa matutina (Morning briefing)

Una reunión informativa matutina es una conversación entre dos o más personas que utilizan información concisa y relevante para respaldar una comunicación y planificación efectivas antes de las rondas en la unidad del hospital. Esta herramienta proporciona a los médicos y enfermeras un enfoque estructurado para revisar los problemas que puedan haber ocurrido durante el turno anterior, evaluar la carga de trabajo prevista para el próximo turno (como pacientes nuevos, altas de pacientes y procedimientos de pacientes) y crear un plan de comunicación para abordar cualquier problema identificado que pueda ocurrir durante el día. Los equipos de la unidad pueden completar esta herramienta todos juntos cada mañana durante las recorridas de sala. (Ver anexo 2)

## **Observación del trabajo del otro (“Shadowing”)**

La herramienta “shadowing” ofrece un método para examinar y comprender las diferencias culturales que existen entre las distintas profesiones. Los individuos que observan y los observados pueden variar en función de los desafíos específicos de la unidad. Ejecutivos, médicos, administradores, enfermeras, infectólogos, ECI's, médicos de cabecera y personal de apoyo de la unidad abordan los problemas de manera muy diferente. Este proceso de observar y comprender el trabajo de los otros miembros del equipo permite a las personas a experimentar la cultura de trabajo de sus colegas y adquirir una apreciación más profunda de las exigencias y los desafíos de cada función. (Ver anexo 3)

## **Observación de las recorridas**

La evidencia sugiere que el trabajo en equipo y la comunicación afectan tanto la moral del personal como el cuidado que se les brinda a los pacientes. La observación de las recorridas multidisciplinarias que se realizan en la unidad es un proceso que busca medir objetivamente y mejorar la dinámica de trabajo en equipo entre las distintas disciplinas. Busca identificar áreas en las que la comunicación podría ser más explícita cuando se establecen los objetivos diarios para los pacientes y proporciona a su vez un método para desarrollar continuamente las habilidades de comunicación.

## **Herramienta de chequeo del equipo (Team Check-up tool)**

La herramienta de chequeo del equipo proporciona un método estandarizado para participar en discusiones sobre la cultura dentro del hospital. Los equipos de la unidad primero evalúan la cultura antes de comenzar una intervención, luego utilizan la retroalimentación de los prestadores de primera línea para identificar las barreras potenciales a superar, así como también las fortalezas que pueden ser mejor utilizadas. Esta herramienta puede utilizarse para establecer un objetivo de mejora poco después de la evaluación de la cultura y luego cada 3 a 6 meses, o según sea necesario, para iniciar conversaciones sobre la cultura, evaluar cuestiones culturales (entre las administraciones de la encuesta) y supervisar el progreso del cambio de cultura.

# ANEXO 1

## Lista de verificación de metas diarias

### Kit de herramientas CUSP

La comunicación efectiva es particularmente importante en la unidad si los planes de atención complicados deben ser gestionados de manera efectiva por el equipo de atención.

**Declaración del problema:** una comunicación clara entre los proveedores de atención médica es primordial. Las fallas en la comunicación provocan daños al paciente, mayor duración de la estadía, insatisfacción del proveedor y rotación de personal. La comunicación efectiva es particularmente importante en la unidad si los planes de atención complicados deben ser gestionados de manera efectiva por el equipo de atención.

**¿Qué es una lista de verificación de objetivos diarios?** Una Lista de verificación de metas diarias es un plan de atención que solicita al personal que se centre en lo que debe lograrse ese día para mover al paciente de manera segura más cerca del alta.

**Propósito de la herramienta:** esta herramienta mejora la comunicación entre el equipo de atención y los miembros de la familia con respecto al plan de atención del paciente.

**Quién debería usar esta herramienta:** proveedores de atención médica.

**Cómo usar esta herramienta:** Durante las rondas de la mañana y la noche, el equipo de atención utiliza la lista de verificación para revisar los objetivos de un paciente. Una vez que se completa una lista de verificación, el asistente la firma y se la entrega a la enfermera del paciente para que pueda guardarla junto a la cama.

### Publicación de la herramienta:

Pronovost PJ, Berenholtz S, Dorman T, et al. Mejora de la comunicación en la ISU utilizando objetivos diarios. *J Crit Care* 2003; 18 (2): 71–75

## Ejemplo: Metas diarias

Número de habitación \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

	Turno Mañana (8:00)	Turno Noche (20:00 hs) Nota Cambios esta columna
	<b>La seguridad</b>	
¿Qué se debe completar para que este paciente sea dado de alta de la unidad?		
¿El mayor riesgo para la seguridad del paciente? ¿Cómo podemos disminuir el riesgo?		
¿Qué eventos o desviaciones deben ser reportados?		
	<b>Atención al paciente</b>	
Manejo del dolor / sedación (sostenido para seguir los comandos)	Meta de dolor _____ / 10 w / _____	
Revisión cardíaca EKGs	Objetivo de recursos humanos _____ <input type="checkbox"/> A la meta <input type="checkbox"/> Aumentar <input type="checkbox"/> Disminuir <input type="checkbox"/> Bloque Beta _____	
Estado de volumen Objetivo neto para la medianoche	<input type="checkbox"/> Neto incluso <input type="checkbox"/> Neto positivo <input type="checkbox"/> Neto negativo: _____ w / _____ <input type="checkbox"/> determinado por el paciente	
Pulmonar:  Ventilador: (haz de ventilación; cabeza de cama elevada), (listo para destetar)	<input type="checkbox"/> Fuera de la cama <input type="checkbox"/> Inodoro pulmonar <input type="checkbox"/> Ambulación <input type="checkbox"/> Mantener el apoyo actual <input type="checkbox"/> Destetar <input type="checkbox"/> Mecánica todas las mañanas <input type="checkbox"/> % de oxígeno inspirado FIO2 < _____ <input type="checkbox"/> Presión positiva y espiratoria _____ <input type="checkbox"/> Prueba de presión / prueba de traqueostomía _____ h	
	¿Qué hacer?	
Pruebas / procedimientos hoy	<input type="checkbox"/> N / A <input type="checkbox"/> Pruebas completadas: _____	

Laboratorios programados	<input type="checkbox"/> N / A	
¿Pruebas de laboratorio matutinas, se necesita una radiografía de tórax?	<input type="checkbox"/> Panel metabólico completo <input type="checkbox"/> Panel metabólico básico <input type="checkbox"/> Tiempos de coagulación del coagulante <input type="checkbox"/> Gases en sangre arterial <input type="checkbox"/> Lactato <input type="checkbox"/> Núcleo 4 <input type="checkbox"/> Radiografías de tórax  Miércoles: <input type="checkbox"/> Transferrina <input type="checkbox"/> Hierro <input type="checkbox"/> Prealbúmina <input type="checkbox"/> Orina de 24 horas	
Consultas	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
<b>Disposición</b>		
¿Está actualizado el servicio primario?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
¿Se ha actualizado la familia?  ¿Problemas sociales abordados (cuidados a largo plazo, cuidados paliativos)?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no  <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N / A <input type="checkbox"/> Otro: explique:	
Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) / infección / evaluación de sepsis  Criterios SIRS <input type="checkbox"/> Temperatura > 38 ° C <input type="checkbox"/> <36 ° C <input type="checkbox"/> Frecuencia cardíaca > 90 BPM <input type="checkbox"/> Frecuencia respiratoria > 20 b / min	<input type="checkbox"/> No hay problemas actuales de SIRS / sepsis <input type="checkbox"/> Infección conocida: <input type="checkbox"/> Cultivo PAN <input type="checkbox"/> Cultivo de sangre x2 <input type="checkbox"/> Orina <input type="checkbox"/> Esputo <input type="checkbox"/> Otros  <input type="checkbox"/> Cambios Antibióticos; discontinuación	

<input type="checkbox"/> Cantidad de dióxido de carbono en la sangre arterial <32 torr <input type="checkbox"/> Glóbulos blancos > 12K <input type="checkbox"/> <4K <input type="checkbox"/> > 10% de bandas	<input type="checkbox"/> niveles AG: <input type="checkbox"/> paquete de sepsis	
¿Se pueden remover los catéteres o ubes?	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
GI / nutrición / régimen intestinal (¿línea de nutrición parenteral total, NDT, PEG necesario?)	<input type="checkbox"/> Nutrición parenteral total <input type="checkbox"/> Fluidos totales <input type="checkbox"/> Nada por la boca	
¿Este paciente está recibiendo profilaxis de la trombosis venosa profunda / úlcera péptica?	<input type="checkbox"/> Trombosis venosa profunda: <input type="checkbox"/> Heparina cada 8 horas / cada 12 horas / goteo continuo <input type="checkbox"/> Prevención de la enfermedad de la úlcera péptica: <input type="checkbox"/> Inhibidor de la bomba de protones <input type="checkbox"/> Medias trombo embólicas disuasivas o dispositivo de compresión secuencial <input type="checkbox"/> Bloqueador de histamina <input type="checkbox"/> Heparina de bajo peso molecular	
LOS anticipado > 2 días: TGC 3 días: fluconazol por vía oral u oral, cloruro de potasio SS	<input type="checkbox"/> Fluconazol <input type="checkbox"/> Cloruro de potasio <input type="checkbox"/> N / A	
¿Se pueden suspender los medicamentos, convertirlos "por la boca" u "orales, ajustados"?	<input type="checkbox"/> N / A <input type="checkbox"/> Discontinuado: <input type="checkbox"/> Por vía oral u oral: <input type="checkbox"/> Metabolismo renal <input type="checkbox"/> Metabolizado del hígado	

**Protocolos disponibles si están en negrita**

Solo para WICU: Estado de la UCI Estado de IMC: signos vitales q\_\_\_ Iniciales de Fellow / Attg: \_\_\_\_\_

*Página revisada por última vez en diciembre de 2012*

*Página creada originalmente en diciembre de 2012*

Citación de Internet: Lista de verificación de objetivos diarios. Contenido revisado por última vez en diciembre de 2012. Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención Médica, Rockville, MD. <https://www.ahrq.gov/professionals/education/curriculum-tools/cusptoolkit/toolkit/dailygoals.ht>

## ANEXO 2

### Realización de una reunión informativa matutina ("Briefing")

#### Kit de herramientas CUSP

Mejorar la comunicación con el personal de enfermería.

**Enunciado del problema:** los médicos pueden mejorar la comunicación con el personal de enfermería y priorizar de manera más eficiente la atención de los pacientes, las admisiones y las altas.

**¿Qué es un briefing matutino?** Una reunión de información matutina es un diálogo entre dos o más personas que utilizan información concisa y relevante para promover una comunicación efectiva antes de las rondas de pacientes en la unidad de pacientes hospitalizados.

**Propósito de la herramienta:** esta herramienta proporciona un enfoque estructurado para ayudar a los médicos y enfermeras a identificar los problemas que ocurrieron durante la noche y los problemas potenciales que pueden surgir durante el día clínico.

#### ¿Quién debería usar esta herramienta?

- Médicos que realizan rondas de pacientes.
- Enfermeras y supervisoras de enfermería que hacen asignaciones de pacientes y son responsables de toda la población de pacientes.
- Personal dentro de la unidad de internación.

**Cómo usar esta herramienta:** complete esta herramienta reuniéndose diariamente con la enfermera a cargo antes de comenzar las rondas de pacientes.

#### Proceso de briefing

i. **¿Qué sucedió durante la noche que necesito saber?**

Después de recibir una actualización sobre los pacientes, continúe con la Pregunta II, a menos que haya un evento adverso.

Si ocurrió un evento adverso, también debe usar el formulario "Aprender de los defectos".

ii. **¿Dónde debo comenzar la recorrida?**

**A continuación, se encuentra un marco para ayudarlo a revisar su población de pacientes y las admisiones/altas planificadas.** Después de responder las preguntas, debe poder identificar si debe comenzar las rondas en función de la agudeza del paciente o con el primer paciente que se transfiera para prepararse de manera más eficiente para la primera admisión del día de la unidad.

	Si/No	Nombre / Habitación y número de cama
1. ¿Hay un paciente que requiera mi atención inmediata?		Nombre: _____ Habitación / cama: _____
2. ¿Qué pacientes están en condiciones de salir de la unidad hoy?		Nombre: _____ Habitación / cama: _____ Nombre: _____ Habitación / cama: _____ Nombre: _____ Habitación / cama: _____
3. ¿Quién tiene órdenes de alta ya escritas?		Nombre: _____ Habitación / cama: _____
4. ¿Cuántas admisiones están previstas hoy?		
5. ¿A qué hora es la primera admisión?		
6. ¿Cuántas camas libres tenemos?		
7. ¿Hay algún paciente que tenga problemas en la unidad?		

**¿Prevén algún defecto potencial durante el día?**

<b>Cosas específicas a considerar</b>	<b>Problema identificado</b>	<b>Persona asignada al seguimiento</b>	<b>Acción tomada</b>
Programación del paciente			
Disponibilidad de equipos problemas.			
Necesidades de transporte			
Personal médico o enfermera			
Competencias del prestador			

Página revisada por última vez en diciembre de 2012  
Página creada originalmente en diciembre de 2012  
Citación de Internet: Realización de un informe de la mañana. Contenido revisado por última vez en diciembre de 2012. Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención Médica, Rockville, MD. <https://www.ahrq.gov/professionals/education/curriculum-tools/cusptoolkit/toolkit/morningbriefing.html>

## ANEXO 3

### Observación del trabajo del otro ("Shadowing")

#### *Kit de herramientas CUSP*

Aprenda sobre otras disciplinas para mejorar la coordinación de la atención al paciente.

**Declaración de problemas:** la atención médica es una práctica multidisciplinaria que requiere una coordinación entre diferentes profesiones y tipos de prestadores. Sin embargo, a menudo los distintos especialistas y prestadores no comprenden las funciones y responsabilidades de los otros miembros del equipo, lo que inhibe la coordinación efectiva de la atención al paciente.

**¿Cómo beneficia al participante el seguir a otra profesión?** El seguimiento de un miembro del equipo de otra disciplina permitirá que quien observa ("shadower") obtenga una perspectiva más amplia del papel que desempeña ese profesional en la atención al paciente. El observador observará las prácticas, los problemas de comunicación oral y escrita y el efecto de estas dificultades sobre la colaboración y el trabajo en equipo. El observador podrá identificar así defectos de comunicación y de trabajo en equipo que ponen en peligro a los pacientes.

**Propósito de la herramienta:** esta herramienta ofrece un enfoque estructurado para identificar y luego mejorar los defectos de comunicación, colaboración y trabajo en equipo entre diferentes dominios de práctica que afectan la atención de los pacientes.

#### **¿Quién debería usar esta herramienta?**

- Todo el personal involucrado en la prestación de atención al paciente en unidades con puntuaciones bajas en la Encuesta de Clima de Seguridad para el trabajo en equipo y la seguridad (menos del 60 por ciento en la unidad que informa sobre un buen trabajo en equipo o un clima de seguridad).
- Personal no familiarizado con responsabilidades y práctica de dominios de otra profesión.

**Cómo usar esta herramienta:** revise esta herramienta antes de su experiencia de observación para ayudarlo a reconocer el trabajo en equipo y los problemas de comunicación entre los distintos dominios de práctica que son importantes en la atención del paciente. Use este documento para identificar los problemas observados dentro del contexto de la práctica de la persona que está siguiendo. Pase 4 horas dentro de otro dominio de práctica. Siga al prestador de otra disciplina a través de sus actividades diarias y nuevamente al final del día:

- i. Revise su lista de problemas observados de comunicación y trabajo en equipo. Sea objetivo y utilice un enfoque sistémico para evaluar la prestación de atención al paciente.
- ii. Discuta con el prestador que observó lo que crea que puede reducir los errores de comunicación y los problemas de trabajo en equipo identificados
- iii. Prepare un borrador de los problemas identificados y sus soluciones propuestas. Reúnase con la administración para discutir sus hallazgos.

### Conclusiones de la observación

**I. ¿Qué sucedió durante el ejercicio de seguimiento de otro miembro del equipo con otra especialidad?** (Delinee sus observaciones. Para esta experiencia, colóquese en el lugar del otro proveedor e intente ver el mundo como lo hace él o ella).

**II. Ponga las piezas juntas.** A continuación, se encuentra un marco para ayudarlo a identificar problemas de comunicación y trabajo en equipo que afectan la atención del paciente y el clima de trabajo en equipo en la unidad. Por favor lea y responda las siguientes preguntas.

	SI	NO	N/A
<b>1. ¿Fue difícil acercarse a otro miembro del equipo de otra especialidad?</b>			
¿Cómo afectó eso la efectividad del prestador que usted observó (p. Ej., se olvidó una orden)			
¿Cuál fue el resultado final para el paciente? (p. Ej., Retraso en la atención)			
¿Este proveedor inaccesible perjudicó el clima de trabajo en equipo en la unidad?			
¿Esta persona difícil parecía incómoda con la observación?			
<b>2. ¿Fue esta persona abordada muy a menudo por problemas de los pacientes?</b>			
En caso afirmativo, ¿fue porque era más fácil consultarle a él que a otros prestadores?			

Si se contactó a este prestador con más frecuencia, ¿cómo influyó en el cuidado de los pacientes? (por ejemplo, retraso en la prestación de atención, prestador sobrepasado)?			
<b>3. ¿Observó algún error en la transcripción de los pedidos por parte del prestador que siguió?</b>			
<b>4. ¿Observó algún error en la interpretación o entrega de un pedido?</b>			
<b>5. ¿Se identificaron rápidamente los problemas de los pacientes?</b>			
¿Estos problemas fueron manejados como lo hubiera hecho usted? ¿Por qué sí o por qué no?			
¿Hubo obstáculos que impidieron un manejo efectivo de la situación?  (p. Ej., Falta de personal o de equipos)			
¿Los prestadores involucrados buscaron la ayuda de un supervisor?			
<b>6. Si sigue a una enfermera:</b>			
¿Respondió rápidamente al llamado cuando hubo un devolvió rápidamente la página de la enfermera o la llamada cuando hubo un problema importante? En caso afirmativo, ¿cuál fue el resultado para el paciente?			
¿Las medicinas para los pacientes estaban disponibles para la enfermera cuando las necesitaba? Si no, ¿cuál fue el tiempo promedio de espera?  ¿Cómo reaccionó la enfermera si el medicamento llegaba tarde (por ejemplo, ansioso, enojado, molesto)?			
Si los medicamentos se retrasaron, ¿podría esto afectar el resultado del paciente (por ejemplo, retraso en el alta hospitalaria)?			
<b>7. Si sigue a un médico:</b>			
¿El médico enfrentó obstáculos para devolver llamadas o pagers? Si es así, ¿cuáles fueron los obstáculos?			
¿Hubo algún otro factor que afectara la capacidad del médico del médico para ver a los pacientes?			

Si es así, ¿cuáles eran?			
¿Recibió el médico información o instrucciones claras?			
<b>8. Si sigue a un farmacéutico:</b>			
¿Se enfrentó el farmacéutico a obstáculos para dispensar a tiempo? Si es así, ¿cuáles fueron los obstáculos?			
<b>9. ¿Cómo evaluarías</b>			
<b>Traspasos:</b> Durante el traspaso, ¿fueron las comunicaciones verbales o escritas claras, precisas, relevantes desde el punto de vista clínico y dirigidas a un objetivo? (Es decir, ¿el equipo de atención saliente informó al equipo de atención sobre la condición del paciente?) En caso negativo, explique por qué.			
<b>Comunicación durante una crisis:</b> durante una crisis, ¿fueron las comunicaciones verbales o escritas claras, precisas, relevantes desde el punto de vista clínico y dirigidas por objetivos? (Es decir, ¿el líder del equipo explicó y dirigió rápidamente al equipo con respecto al plan de acción?) Si no, explique por qué.			
<b>Habilidad del prestador:</b> ¿Parecía que el proveedor con el que usted estaba capacitado en todos los procedimientos que realizó?  Si no, ¿él o ella buscó un supervisor para obtener ayuda?			
<b>Dotación de personal:</b> ¿La dotación de personal afectó la prestación de atención? Si es así, explique por qué.			

**III. Ahora que ha seguido a una persona en otra profesión, ¿qué hará de manera diferente en su práctica clínica para comunicarse de manera más efectiva?**

**IV. ¿Qué sugerencias tienes para mejorar el trabajo en equipo y la comunicación?**

<b>Recomendaciones específicas</b>	<b>Acciones tomadas</b>

*Página revisada por última vez en diciembre de 2012  
Página creada originalmente en diciembre de 2012*

Citación de Internet: Sombrear otra herramienta profesional. Contenido revisado por última vez en diciembre de 2012. Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención Médica, Rockville, MD. <https://www.ahrq.gov/professionals/education/curriculum-tools/cusptoolkit/toolkit/shadowing.html>

## ANEXO 4

### Observación de las recorridas

#### Kit de herramientas CUSP

La comunicación entre disciplinas puede mejorarse si la misma se analiza a través de los ojos de un observador objetivo.

#### Declaración del problema:

Las recorridas interdisciplinarias son lo mejor para los pacientes. La mala comunicación entre el personal es la causa raíz de muchos eventos adversos y centinelas. La comunicación entre disciplinas puede mejorarse si se ve a través de los ojos de un observador objetivo.

#### ¿En qué consiste la observación de las recorridas?

La observación de las recorridas es una herramienta de trabajo en equipo y comunicación para evaluar objetivamente y mejorar las dinámicas de trabajo entre las distintas disciplinas. Busca identificar áreas donde la comunicación puede ser más concisa y relevante cuando se establecen las metas diarias para los pacientes y brinda un método para hacerlo

#### Propósito de la herramienta:

Esta herramienta proporciona un enfoque estructurado para mejorar el trabajo en equipo y las conductas de comunicación que de otro modo reducirían la moral del personal y la atención al paciente en todas las disciplinas.

#### ¿Quién debería usar esta herramienta?

- Médicos que realizan recorridas de pacientes.
- Administradores, enfermeras, farmacéuticos, terapeutas respiratorios y estudiantes de medicina y enfermería. Les servirá para comprender mejor la dinámica de las recorridas multidisciplinarias, identificar defectos en la comunicación, fomentar la colaboración entre disciplinas y áreas específicas de mejora de la comunicación durante las recorridas y al momento de establecer los objetivos diarios del paciente

#### Cómo utilizar esta herramienta:

Complete el formulario mientras observa las recorridas de atención al paciente. Discuta sus hallazgos con el equipo multidisciplinario al final de las rondas. Puede usar este formulario para un paciente o para toda la unidad. Las preguntas e indicaciones principales alientan el trabajo en equipo y la evaluación de la comunicación desde una perspectiva amplia.

**Proceso de observación: preguntas a considerar**

**i. Evalúe si la comunicación que fue explícita (claramente establecida y medible) versus implícita (sugerida pero no claramente expresada).**

- ¿Quién fue explícito o implícito en su comunicación?
- ¿Se implicaron las directivas de cuidado, pero no se expresaron claramente?

Si es así, ¿por quién? ¿Dentro de qué dominio de la práctica (medicina, enfermería, farmacia, nutrición, terapeuta respiratorio)?

- ¿Alguien pidió una aclaración?

Si es así, ¿qué miembros del equipo hablaron?

**ii. ¿Fue la recorrida un foro abierto (todos los miembros del equipo pudieron participar y hacer sugerencias) o cerrado? (dirigidos por los médicos de planta que trataron con el residente que cuida al paciente)?**

- Si las rondas se realizaran en un foro abierto, ¿se alentó a los miembros del equipo a ofrecer opiniones y sugerencias?
- Si las rondas se realizaran en un foro cerrado, ¿los aportes de otros miembros del equipo beneficiarían al paciente o mejorarían el plan de atención?
- ¿Algo faltaba en los objetivos de atención al paciente? Si es así, escríbelo a continuación:

Habitación del paciente y número de cama	Sistema del paciente, objetivo no abordado

- iii. **¿Se identificaron conflictos en el plan de atención del paciente?**
- ¿Cómo se resolvieron los conflictos?
  - ¿Fue la jerarquía (entre médicos de planta y residentes) un problema?
  - ¿Hubo algún cambio en el plan de atención respaldado por la medicina basada en la evidencia (literatura)?
  - ¿Cambió el estilo de interacción o comunicación entre proveedores?
- iv. **¿Fuiste testigo de un comportamiento asertivo o de comunicación?**
- ¿Fue apropiado para la situación?
- v. **¿Los miembros del equipo pudieron mantener la conciencia de la situación (conciencia de las actividades que se llevan a cabo en la unidad)?**
- ¿Se identificaron claramente los cambios en el día?
  - ¿Cómo se resolvieron estos cambios? ¿Fueron las resoluciones efectivas o ineficaces?
- vi. **Al final de las recorridas, ¿qué desearías haber dicho? ¿Qué hubieras dicho diferente?**

**A continuación, se muestra un marco para ayudar a revisar sus hallazgos con los miembros del equipo.** En función de sus observaciones y las preguntas anteriores, haga una lista de los problemas de trabajo en equipo y de comunicación que identificó durante el transcurso de las rondas de pacientes

<b>Problema</b>	<b>Miembros del equipo afectados</b>	<b>Atención al paciente no abordada</b>	<b>Sugerencias de mejora</b>

*Página revisada por última vez en diciembre de 2012.  
Página creada originalmente en diciembre de 2012*

Citación de Internet: Observando las rondas de atención al paciente. Contenido revisado por última vez en diciembre de 2012. Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención Médica, Rockville, MD. <https://www.ahrq.gov/professionals/education/curriculum-tools/cusptoolkit/toolkit/obsrounds.html>

## ANEXO 5

### Herramienta de chequeo del equipo

#### Kit de herramientas CUSP

**Propósito de la herramienta:** esta herramienta ayuda a evaluar las fortalezas y oportunidades de la unidad para mejorar sus procesos y afianzar una cultura de seguridad

**¿Quién debería usar esta herramienta?** Todo el personal asistencial de la unidad

**Instrucciones:** Su equipo debe completar colectivamente la herramienta de chequeo del equipo todos los meses y enviarla al líder del proyecto. La información recopilada se utilizará para la asistencia de coaching individual y se informará en conjunto con los resultados de la herramienta de equipo de otras unidades.

**Estado:**

**Nombre del hospital:**

**Fecha:**

	Habilidades de conocimiento	Muy en desacuerdo	Discrepo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	Cinco miembros del personal seleccionados al azar (por ejemplo, enfermeras, médicos) de nuestra unidad pueden enumerar al menos tres intervenciones que forman parte del proyecto CUSP.					

2	El personal de la unidad está confundido acerca de cómo proceder con las actividades del proyecto para mejorar la seguridad.					
3	Todo el personal puede comunicar los objetivos del proyecto.					
4	Todos los miembros del equipo pueden indicar el número de días entre incidentes en la unidad.					
5	Hay buenos sistemas en nuestra unidad para garantizar que cumplamos el objetivo de <Insertar una medida de seguridad aquí>.					
6	Hay una falta de habilidades de mejora de la calidad en nuestro equipo.					
7	Realizamos un análisis de unidad para cada incidente utilizando la herramienta "Aprendiendo de los defectos."					
	<b>Actitudes / Creencias</b>	<b>Muy en desacuerdo</b>	<b>Discrepo</b>	<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>
1	Los miembros de la unidad se han "adueñado" de este proyecto de mejora y lo viven como propio					

2	Hemos tenido buena participación y apoyo del personal médico en esta unidad.					
3	Hemos tenido buena participación y apoyo del personal de enfermería en esta unidad.					
4	El personal de esta unidad no cree que los incidentes sean un problema aquí.					
5	Un miembro del personal subalterno se siente cómodos al cuestionar a un miembro del personal superior que no está siguiendo <Inserte una medida de seguridad aquí>.					
6	Nuestro ejecutivo senior puede indicar tres preocupaciones de seguridad que el personal ha identificado.					
	<b>Recursos</b>	<b>Muy en desacuerdo</b>	<b>Discrepo</b>	<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>
1	Nuestro equipo se reúne al menos una vez al mes.					
2	No hay tiempo suficiente para hacer el trabajo de nuestro equipo.					

3	El liderazgo de la unidad (gerentes, médicos, líderes de opinión) es estable (es decir, baja rotación).					
4	La recopilación de datos no ha sido una carga.					
5	El personal no tiene tiempo para recopilar datos de mantenimiento de la seguridad					

Page last reviewed December 2012  
Page originally created December 2012

Internet Citation: TeamCheck-up Tool. Content last reviewed December 2012. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD.  
<https://www.ahrq.gov/professionals/education/curriculum-tools/cusptoolkit/toolkit/teamcheckup.html>